

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1898

THÈSE

N°

179

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 9 Février 1898, à 1 heure

PAR

Robert HEUZARD

Né à Montfort-le-Rotrou (Sarthe), le 24 mars 1872.

Ancien externe des hôpitaux de Paris

Médaille de bronze de l'Assistance Publique

DE

LA PHLÉBITE SYPHILITIQUE

Président : M. FOURNIER, professeur.

Juges : MM. PINARD, professeur.

GAUCHER et VARNIER, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur
les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

179

ANNÉE 1898

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 9 Février 1898, à 1 heure

PAR

Robert HEUZARD

Né à Montfort-le-Rotrou (Sarthe), le 24 mars 1872.

Ancien externe des hôpitaux de Paris

Médaille de bronze de l'Assistance Publique

DE

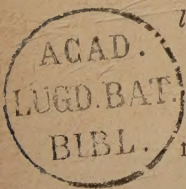
LA PHLÉBITE SYPHILITIQUE

Président : M. FOURNIER, professeur.

Juges : MM. PINARD, professeur.

GAUCHER et VARNIER, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur
les diverses parties de l'enseignement médical.*



PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1898

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale	DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils	Mathias DUVAL
Matière médicale et Pharmacologie	TERRIER.
Thérapeutique	LOUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée	LABOULBÈNE.
	CHANTEMESSE
	POTAIN.
Clinique médicale	JACCOUD.
	HAYEM.
	DIEULAFOY
	GRANCHER.
Maladies des enfants	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	FOURNIER.
Clinique des maladies syphilitiques	RAYMOND.
Clinique des maladies nerveuses	BERGER.
Clinique chirurgicale	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAUX.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON
Clinique d'accouchement	N.
	PINARD.

Agrégés en exercice :

MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GLEYS.	RETTERRER.
ALBARRAN.	HARTMANN.	RICARD.
ANDRÉ.	HEIM.	ROGER.
BAR.	LEJARS.	SEBILÉAU.
BONNAIRE.	LETULIÉ.	THIERY.
BROCA.	MARFAN.	THOINOT.
CHARRIN.	MARIE.	TUFFIER.
CHASSEVANT.	MENETRIER.	VARNIER.
DELBET.	NELATON.	WALTHER.
GAUCHER.	NETTER.	WEISS.
GILBERT.	POIRIER, chef des	WIDAL.
GILLES DE LA TOUINETTE.	trav. anatomiques.	WURTZ.

SECRÉTAIRE DE LA FACULTÉ : M. CH. PUPIN.

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mon excellent Père

ET

A ma Mère chérie

Hommage respectueux.

A mon Frère

Témoignage de profonde affection.

Meis et Amicis

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

Monsieur le professeur Fournier

Médecin de l'hôpital Saint-Louis

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'honneur

AVANT-PROPOS

A l'hôpital Laënnec, dans le service de M. le Professeur Landouzy, nous avons eu l'occasion d'observer un cas de phlébite syphilitique. Frappé de la rareté de cette affection, nous avons cru ne pas faire œuvre inutile en condensant dans cette thèse le résultat de nos recherches.

Mais, à la veille de terminer nos études médicales, il nous reste un devoir bien agréable à remplir : c'est d'adresser à ceux qui facilitèrent et nous firent aimer notre tâche le modeste tribut de nos remerciements.

Ils iront tout d'abord à M. le Docteur Barth, médecin de l'hôpital Necker ; par ses instructives leçons au lit du malade, par sa brillante méthode d'investigations, il nous a initié aux finesse de la clinique médicale et aux difficultés d'une thérapeutique efficace.

A l'hôpital Saint-Louis, nous avons pu apprécier la vaste érudition, la conscience et l'habileté chirurgicales de M. le Professeur agrégé Marchand. Nous sommes heureux de pouvoir exprimer à notre excellent maître notre profonde gratitude et pour les connaissances qu'il nous a fait acquérir, et pour les

marques nombreuses de grande sollicitude qu'il nous a données.

M. le Professeur Landouzy nous permettra de lui témoigner ici toute notre reconnaissance. Pendant notre dernière année d'externat nous avons pu profiter de son savant enseignement et nous ne saurions également passer sous silence son extrême bienveillance à notre égard.

Nous n'aurions garde d'oublier aussi MM. les Docteurs Gougenheim, médecin de l'hôpital Lariboisière, Oettinger, médecin de l'hôpital Broussais, Achard, médecin de l'hôpital Tenon, Legueu et Demoulin, chirurgiens des hôpitaux et Claisse, médecin des hôpitaux. Nous n'avons été qu'indirectement leur élève, mais nous conserverons le meilleur souvenir de leur accueil et des conseils éclairés qu'ils nous ont prodigués.

Avec M. le Professeur Pinard nous avons appris l'art obstétrical ; c'est avec un vif intérêt que nous avons suivi ses intéressantes leçons cliniques de la Maternité de Baudelocque et nous nous efforcerons dans l'avenir d'appliquer ses excellents préceptes.

Pour mener à bien notre travail, M. le docteur Thérèse nous a aidé de ses conseils et c'est avec plaisir que nous l'en remercions bien sincèrement.

Très sensible à l'honneur que nous fait M. le professeur Fournier d'accepter la présidence de notre thèse, nous le prions de recevoir l'assurance de notre profonde reconnaissance.

INTRODUCTION

La syphilis, on le sait depuis longtemps, est un véritable protée susceptible de revêtir les formes morbides les plus diverses. Pendant la période de son évolution, dite secondaire, la peau et les muqueuses des orifices naturels sont avec les ganglions le siège ordinaire de ses manifestations, mais muscles et nerfs peuvent être atteints, et comme caractères communs on note une lésion anatomique limitée aux parties superficielles des organes et non des destructions, comme à la période tertiaire. Ces lésions ont été le sujet de nombreuses études : Fournier décrit les troubles circulatoires de la syphilis secondaire, sans s'occuper des lésions des veines et des artères précoces ; Lancereaux ne décrit que l'artérite tertiaire et Julien et Cornil ne s'occupent également que des lésions tertiaires de l'appareil circulatoire de l'inflammation spécifique du cerveau.

Donc jusqu'à ce jour les atteintes des veines dans la syphilis n'ont aucunement attiré l'attention ; il semblerait pour ainsi dire, que le système veineux

n'offre aucune importance et qu'il ne mérite pas la faveur d'être étudié dans les divers états morbides de l'organisme.

La syphilis pourtant n'est-elle pas une maladie infectieuse? Quoiqu'on en ait pas encore jusqu'à ce jour trouvé le principe, quoique les recherches activement poussées cependant n'aient pu aboutir à faire découvrir le bacille, origine du processus, toujours est-il admis par tout le monde que la syphilis est infectieuse pour l'organisme à en juger par ses manifestations et par son caractère d'inoculabilité. Et il serait étrange que cette infection dont on connaît la prédilection marquée pour les vaisseaux blancs et les artères épargnât les veines des membres et les veines viscérales. Si la fièvre typhoïde, par exemple, a imprimé au système circulatoire « une tare indélébile, un état organique et dynamique inéluctable, dont il est impossible de calculer les conséquences, » (Landonouzy et Siredey), pourquoi n'en serait-il pas de même pour la syphilis? Et pourquoi n'admettrait-on pas dans l'étude des altérations veineuses secondaires à l'infection syphilitique la même division que pour les artérites secondaires? Et pourquoi n'existerait-il pas un processus aigu et un processus chronique, lentement envahissant. Ce sera le sujet de notre thèse et cliniquement nous espérons montrer que la phlébite secondaire existe, de même aussi la phlébite syphilitique tertiaire. Mais si la phlébite secondaire

sera surtout caractérisée par « l'infiltration superficielle du tissu conjonctif qui forme la membrane d'enveloppe de la veine, la phlébite chronique sera surtout de la périphlébite gommeuse » (1), circonscrite parfois aux trois membranes veineuses entremêlées d'îlots d'eudophibile subaigue végétante, progressivement organisée et devenue fibreuse à son tour.

Nous pouvons alors avoir deux variétés. L'une où la cavité vasculaire sera normale ou dilatée, c'est-à-dire variqueuse ; la phlébite chronique sera une varice, lésion irrémédiable et progressive, due à une nutrition défectueuse du tissu conjonctivo-vasculaire et à la production consécutive de tissu sclérogène ; l'autre variété sera caractérisé par le rétrécissement de la lumière vasculaire, par l'induration généralisée des parois (Obs. XVIII, Handford).

Mais ces phébites chroniques ne sont autre chose que de la phlébo-sclérose et par là même nous pouvons établir un parallèle entre la phlébo-sclérose et l'artério-sclérose. Cette question actuellement à l'ordre du jour est encore peu connue et a surtout attiré l'attention des auteurs étrangers.

Hogdson (2) disait : « Le dépôt de matière calcaire se forme assez ordinairement dans les parois des artères, mais il est très rare d'en rencontrer dans le tissu veineux ».

(1) Letulle. Anatomie pathologique.

(2) Hogdson. — Traité des maladies des artères et des veines,

Bichat (1) pensait que lorsque les veines s'in-crustaient « c'était un état contre nature ».

Borel (2) s'exprimait ainsi : « les veines s'ossifient, il est vrai, bien plus difficilement que les artères, mais la science possède des exemples authentiques de veines présentant des excroissances osseuses dans leur intérieur. »

Avec Huchard (3) la question prenait plus d'ampleur : « Pour moi l'artério-sclérose n'est pas seulement limitée au système artériel, elle s'étend même jusqu'au système veineux tout entier. Les varices des veines font souvent partie intégrante de ce grand processus morbide, elles peuvent le précéder, l'accompagner ou le suivre. Encore faut-il s'entendre : vous verrez souvent des malades chez qui les varices dépendent de causes locales, ou qui présentent des dilatations considérables des veines des membres sans réaction inflammatoire. Ici l'ectasie veineuse est la seule lésion, la maladie est locale et vous commettriez une erreur en la faisant dépendre d'un état constitutionnel, mais d'autres fois l'ectasie veineuse s'installe lentement, elle se manifeste par des douleurs dues non seulement aux névrites variqueuses, si bien étudiées par Quenu, mais provoquées par un état inflammatoire de la veine analogue à l'endo et à

(1) Bichat. — Anatomie générale. Tome II.

(2) Borel. — Th. de Strasbourg, 1859.

(3) Huchard. — Maladies du cœur et des vaisseaux, 1889.

la périartérite; il s'agit réellement d'une sorte de phlébo-sclérose. Or, ce variqueux qui peut avoir aussi des hémorroïdes, est déjà un artério-scléreux. Vous voyez que je généralise la question beaucoup plus que Gill et Sutton, puisque, selon moi, l'artério-sclérose devrait recevoir plutôt le nom d'angio-sclérose. Ce sont des vues théoriques, direz-vous? Eh bien, sur un total de 87 artério-scléreux, j'ai constaté 51 fois la coexistence de lésions veineuses. »

Huchard, le premier, prononce donc le mot de phlébo-sclérose; mais ce fait énoncé, il ne l'a pas vérifié ni étudié histologiquement. C'est à Thiebaut que devait revenir l'honneur de cette étude. Dans sa thèse sur les rapports de la phlébo-sclérose et de l'artério-sclérose, il montre au niveau des veines l'existence d'un développement exagéré du tissu conjonctif avec des noyaux et des cellules conjonctives en grand nombre. Les fibres musculaires sont rares au milieu de ce tissu. La paroi interne est irrégulière et comme mamelonnée et lorsque la plaque blanche est constituée, on remarque que la tunique élastico-musculaire confondue avec la partie superficielle de la tunique musculaire sous-jacente est dégénérée en certaines de ces parties correspondantes aux plaques et là les lésions des vasa-vasorum sont des plus accentuées et bien que Thiébaut (1) n'ait constaté sur les veines atteintes ni dégénérescence graisseuse, ni

(1) Thiébaut. — Thèse de Nancy, 1896.

bouillie athéromateuse, il en concluait pourtant à l'analogie presque complète entre la phlébo sclérose en foyers et l'athérome artériel et pour lui les altérations des vasa-vasorum commandaient les lésions chroniques des vaisseaux comme elles commandent celles des artères, d'après la théorie de H. Martin.

Cornil n'était pas éloigné d'arriver aux mêmes conclusions : il estime que les altérations ressemblent bien près à celles de l'athérome artériel bien qu'on ne puisse complètement les assimiler et pour résumer il dit « que les varices sont le résultat d'une inflammation chronique des veines caractérisée par la multiplication des éléments du tissu conjonctif des veines surtout de la couche interne, de la membrane moyenne, par la distension et l'extension du réseau des vasa-vasorum et consécutivement par des dilatations et des incrustations calcaires de la paroi des vaisseaux altérées et pour se résumer : « les varices, dit-il, peuvent être rapprochées des artérites chroniques, mais celle-ci en diffèrent par le mode de dégénérescence graisseuse et athéromateuse qui leur est propre » (1).

Mais pourra-t-on nous objecter, cette phlebo-sclérose est sous la dépendance de la diathèse arthritique, ce à quoi nous répondrons que la phlebo-sclérose peut très bien être d'essence syphilitique et l'on peut alors établir la même identité. Pure hypo-

(1) Archives de physiologie normale et path. Paris, 1872,

thèse, pourra-t-on dire ? Nullement : ces douleurs dont parle Huchard, dues à l'indophlébite et à la périphlébite, nous les retrouvons dans nos observations de phlébite tertiaire ; (Obs. XVIII) ; les incrustations calcaires s'y rencontrent également (obs XVII) de même aussi les altérations de sclérose diffusé (obs. de Sottas et Lamy).

Ces derniers auteurs ont eu en effet le grand mérite de reconnaître et de décrire les lésions des veines dans certaines myélites d'origine syphilitique ; ils ont clairement montré que les vaisseaux étaient le siège de phlébite et de périphlébite, que la sclérose était parfois diffuse et qu'en même temps on y rencontrait des foyers de nécrose ; ils ont indiqué que la périphlébite était la lésion primitive.

Mais ici une autre question se pose ; quelle est la voie suivie par le virus syphilitique ?

Faut-il admettre pour les veines la théorie préconisée par H. Martin pour les artères ? C'est-à-dire que les organes frappés primitivement sont les petits vaisseaux ? Ce sont eux au début qui a un degré plus ou moins avancé suivant les points de l'organisme sont atteints d'endopériartérite. A un moment donné ils s'oblitérent et la paroi des gros vaisseaux qu'ils sont chargés de nourrir ne reçoit plus les sucs nutritifs en quantité suffisante ; elle dégénère et l'on trouve dans les artères de l'athérome.

Mais il n'y a pas de vasa-vasorum que dans les

artères ? Pourquoi ces derniers seraient-ils seuls intéressés dans le grand travail inflammatoire que l'on retrouve partout dans tous les autres points de l'organisme ? Pourquoi l'endopériartérite qui s'observe dans les petites artères du cœur, des reins, de la peau même et des gros troncs artériels épargnerait-elle les vaisseaux nourriciers des veines ? C'est là un fait qui resterait inexpliqué. Thiébaud et Cornil notent ces lésions des vasa-vasorum ; Köster, Grieff, Rumpf insistent sur le rôle des vasa-vasorum ; Sottas décrit leurs altérations et Lamy montre que la néoformation établie d'une façon diffuse à toute la paroi vasculaire redouble d'intensité au pourtour des vasa-vasorum.

Aux degrés divers de la phébo-sclérose correspondrait un degré de l'inflammation des artéριοles nourricières des veines. Au début, pour me servir d'une comparaison heureuse d'H. Martin, il se passe un phénomène analogue à celui qu'on voit dans les jardins quand l'engrais est insuffisant. Les plantes nuisibles, plus vivaces que le bon grain, absorbent tous les sucs nutritifs et étouffent ce dernier. De même dès que les sucs nutritifs n'arrivent plus aux organes et en particulier aux vaisseaux, les éléments nobles végètent tout d'abord ; ils peuvent même disparaître à un moment donné. Mais, pendant ce temps, le tissu conjonctif absorbe presque tout ce qu'apportent les

vaisseaux ; il gagne de la vitalité ; il s'hypertrophie et c'est ainsi que se produirait la sclérose.

Mais quand les aliments font complètement défaut, que l'endopériartérite devient oblitérante, la dégénérescence se fait avec ses différents stades et ainsi on peut-être amené à généraliser à tout le système vasculaire le mode de dégénérescence que H. Martin a établi pour l'arbre artériel.

Enfin pour terminer on pourrait se demander pourquoi les artères sont si souvent scléreuses alors que les veines sont relativement peu frappées ? A cette question il est facile de répondre et il est évident que c'est en raison du nombre relativement restreint des vasa-vasorum dans l'épaisseur des veines. Les parois artérielles en général sont beaucoup plus épaisses que les parois veineuses, aussi sont-elles souvent susceptibles de sclérose.



Phlébites Secondaires et Tertiaires

HISTORIQUE

L'inflammation syphilitique des veines a été jusqu'ici fort peu étudiée ; cependant quelques observations publiées tant en France qu'à l'étranger attestent que le système veineux n'est pas entièrement à l'abri de l'infection syphilitique.

Gayraud (1), le premier, au sujet de deux observations recueillies dans son service, fait une leçon sur cette question ; Breda (2) rapporte un cas de phlébite spécifique, sans insister davantage. D'ailleurs on considère cette affection comme une rareté pathologique, si bien que M. Lancereaux a pu écrire dans son *Traité d'anatomie pathologique* : « La syphilis, qui localise généralement ses effets sur le système lymphatique, affecte peu le système veineux, aussi la phlébite syphilitique est-elle une affection des plus rares. Après avoir écrit qu'il n'en existait aucun

(1) Gayraud. — *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, Montpellier, 1882.

(2) Breda. *Revista di sc. med.*, 1889.

cas certain dans les annales de la science, j'ai eu connaissance d'un fait observé et publié par Dowse. » L'observation de Dowse a trait à une phlébite d'un sinus de la dure-mère.

Charvot (1), en 1890, observe dans son service de l'hôpital Saint-Martin deux cas d'inflammation veineuse syphilitique et en fait un exposé rapide. Il montre que cette phlébite est considérée comme une curiosité, indiquée d'un trait de plume par quelques auteurs, passée sous silence par le plus grand nombre et il conclut, à juste titre, que « du groupe si mal étudié des phlébites spontanées où l'on jette pêle mêle les inflammations veineuses dont on a pu encore pénétrer la pathogénie, nombre de cas sans doute pourraient relever de la diathèse syphilitique. »

En 1894, Mendel (2) publie sur la question un travail consciencieux auquel nous ferons de nombreux emprunts. Comme Gayraud et Charvot, il croit que de nombreux cas de phlébite syphilitique ont passé inaperçus ou ont été méconnus.

Enfin nous avons eu personnellement l'heureuse chance d'observer dans le service de M. le P^r Landouzy un cas d'inflammation veineuse due à la syphilis et avec les 22 observations réunies nous nous efforcerons de tracer la physionomie de cette affection.

(1) Charcot. — Rev. de Chirurgie, 1891.

(2) Mendel. Archives générales de Médecine, 1894.

Comme le montrent nos observations, on peut décrire deux grandes classes de phlébites syphilitiques, correspondant aux deux grandes époques de l'affection : la phlébite secondaire et la phlébite tertiaire, et nous admettons d'autant mieux cette division que la symptomatologie, surtout la marche et le pronostic sont différents. La première (phlébite secondaire) frappe en général plusieurs veines à la fois ou successivement ; elle diffuse ses effets ; elle paraît produire simplement une infiltration superficielle du tissu conjonctif qui forme la membrane d'enveloppe de la veine et c'est ce qui explique pourquoi la guérison sera si rapide et complète. La phlébite tertiaire, elle aussi, pourra diffuser ses effets et atteindre une grande partie du système veineux, mais elle pourra encore se localiser, former une véritable gomme, un syphilome périveineux et en cela la syphilis agit comme sur beaucoup d'autres tissus, en déterminant une inflammation chronique qui aboutit à la sclérose du vaisseau. Alors que l'induration veineuse dans la phlébite secondaire se déplacera assez rapidement, n'occupera qu'une étendue fort limitée du vaisseau et disparaîtra entièrement sous l'influence de l'iodure et du mercure, dans la syphilis tertiaire, au contraire, cette induration pourra diminuer, mais non disparaître complètement. Et notre observation le prouve d'une façon fort nette ; au bout de peu de temps, les symptômes fonctionnels n'existaient plus ;

la malade pouvait reprendre ses occupations ordinaires, mais à l'examen des veines saphènes internes et du pli du coude droit on constatait à sa sortie de l'hôpital une induration des parois ; c'était bien là une lésion irrémédiable, un état dynamique et organique inéluctable.

D'ailleurs, comme le dit Mendel, ces deux sortes de manifestations de la syphilis n'ont rien d'insolite : elles se conforment à la discipline générale de la syphilis qui veut que les lésions précoces soient plus légères, tandis que les lésions tertiaires sont profondes.



CHAPITRE PREMIER

Phlébite Secondaire

SYMPTÔMES

D'abord une question intéressante est de savoir à quelle période de la syphilis apparaît la phlébite secondaire. Aucune étiologie bien nette ne peut être invoquée et sur les 13 observations dont on lira plus loin le résumé, l'inflammation envahit de prime saut les veines et s'y cantonne ; aucun traumatisme, aucun effort ne saurait être invoqué. La plupart des malades étaient entrés à l'hôpital pour leur accident initial et ne se fatiguaient aucunement ; le malade de Mauriac se reposait depuis un mois, de même celui de Charvot (Obs. X) qui était soigné pour un abcès de la verge, et celui de Gayraud, qui était hospitalisé depuis trois mois (Obs. III).

Le malade observé par Mendel (Obs. I), semble toutefois faire exception à la règle commune ; il a vu en effet débiter l'affection à la suite d'efforts physiques.

Avec l'observation de Cautru (Obs. XIII), on peut invoquer une pathogénie spéciale, car D... avait eu déjà une attaque de rhumatisme articulaire, lorsque au cours de sa syphilis il fait une récurrence de son rhumatisme, 17 jours environ après le chancre et c'est au cours de cette récurrence qu'il présente une phlébite des veines saphènes internes. La phlébite disparut au bout de dix jours environ et alors on peut et on doit même se demander quelle part dans la circonstance revient au rhumatisme, quelle part revient à la syphilis. C'est là évidemment une question difficile à résoudre et personnellement, nous nous sentons incapable de surmonter la difficulté.

La phlébite apparaît entre 20 jours et un an après le début de l'infection ; les malades ont de 20 à 32 ans et c'est bien là l'âge le plus habituel des accidents secondaires de la syphilis ; les hommes sont plus atteints que les femmes, puisque sur 13 observations nous n'avons que 3 femmes infectées.

Dans la plupart de nos observations, le siège constant de la phlébite a été représenté par les veines des membres : 10 fois les membres inférieurs ; 4 fois seulement les membres supérieurs. Il se peut que les veines profondes soient quelquefois prises, et on a toutes les raisons de le croire dans le cas de Breda (Obs. V), dans celui de Charvot (Obs. IX) et dans celui de Mauriac (Obs. IV). En l'absence d'autopsie on est en droit de le supposer dans ces cas où

l'on nota du gonflement, de la rougeur et de la douleur des extrémités correspondantes.

Ce qu'il faut remarquer surtout, c'est que l'inflammation envahit de préférence la veine saphène interne (10 fois) et qu'elle est tantôt centripète, progressant de bas en haut, de l'extrémité du membre vers sa racine, tandis qu'elle affecte une marche centrifuge en d'autres cas (Obs. IX et X), débutant par exemple au niveau du triangle de Scarpa, pour s'allonger vers la face interne du genou. Il est à remarquer aussi que la phlébite se fût sans doute généralisée à d'autres veines, si le traitement n'était venu enrayer l'évolution du mal (Obs. X).

La symptomatologie des phlébites syphilitiques offre beaucoup d'analogie avec celle que Schmitt (1) attribue à certaines formes de phlébite rhumatismale. La phlébite se révèle d'abord par une congestion assez intense de la région ou par des traînées rouges correspondant au trajet ou un segment du trajet veineux, mais ce qui attire l'attention du malade et du médecin, c'est la douleur. Cette douleur siège le long de la veine atteinte, surtout au niveau de la saphène interne ; elle est exagérée par la pression et les mouvements volontaires ou communiqués et dans certains cas elle présente des exacerbations nocturnes (Obs. IX).

(1) Schmitt, — Th. de Paris, 1884.

Des tiraillements douloureux gênent la marche ainsi que la station debout, paralysent parfois même le membre. En même temps apparaît à la palpation l'existence d'un cordon dur, moniliforme, roulant sous le doigt, douloureux. En pinçant la peau entre le pouce et l'index on peut le saisir et constater sa grande dureté, ainsi que son indépendance vis-à-vis des tissus voisins. Cette induration veineuse peut parfois présenter des renflements correspondant aux valvules ; elle répond toujours exactement au trajet anatomique d'une veine et son étendue est très variable, suivant sans doute l'intensité de l'infection ou la réaction de l'organisme. C'est ainsi que dans l'une des observations de Gayraud (Observ. 3) la veine saphène interne gauche était atteinte sur une longueur de douze centimètres et que dans l'observation personnelle de Mendel la veine saphène interne était entièrement envahie.

La rougeur qui apparaît avec la douleur est ordinairement peu marquée ; parfois même elle n'existe pas ; elle se présente ordinairement sous forme d'une traînée rosée à bords déchiquetés et elle dessine sur la peau le trajet de la veine enflammée.

L'œdème est un peu accusé, est manifeste surtout au niveau des malléoles et à la partie postérieure de la jambe.

On n'observe pas de réaction fébrile, sauf dans l'observation de Cautru et dans celle de Charvot ;

dans ce dernier cas la fièvre au début se bornait d'ailleurs à quelques dixièmes de degré.

Les veines atteintes sont encore perméables le plus souvent, fait dont on peut s'assurer en comprimant le membre à sa racine ; on voit alors les veines atteintes saillir et se gonfler.

La marche de l'altération veineuse syphilitique est encore incertaine ; il faut espérer d'ailleurs qu'un diagnostic précis permettra toujours d'instituer le traitement spécifique et d'arrêter dès l'abord l'envahissement de la phlébite. Dans nos observations, la marche a été caractérisée par une apparition un peu brusque ; marquée surtout par une douleur vive ; puis est venue une période d'induration, de courte durée, en général, et enfin disparition progressive sous l'influence du traitement.

Cette disparition des symptômes physiques et fonctionnels est variable, demande en général 15 jours à 2 mois ; 1 mois dans l'observation XII ; deux mois dans le cas de Gayraud (obs. II) ; seule l'observation de Mauriac (obs. IV) fait exception à la règle, la durée de l'affection a été en effet de plus de six mois. D'ailleurs dans ce dernier cas la longue durée de l'inflammation veineuse ne doit pas nous étonner, il s'agissait en effet d'une syphilis présentant tous les caractères d'une syphilis maligne. La phlébite du malade de Mendel (obs. I) fut aussi de longue durée ; rien d'étonnant à ce fait, car elle était apparue au

milieu de travaux excessifs et les symptômes furent d'une assez grande intensité.

Ce n'est d'ailleurs que dans ce premier cas qu'on put observer une récurrence des phlébites.

La seconde atteinte se produisit environ un mois après la guérison de la première ; et elle semble avoir eu pour cause un surmenage physique. En effet, avant d'être atteint pour la première fois, J... était garçon charcutier, on l'employait surtout à hacher de la viande : les membres supérieurs furent pris un peu plus sérieusement que les inférieurs. Après un repos prolongé à l'hôpital, presque entièrement guéri, J... trouva une place de garçon de magasin ; le travail était plus dur et il fut obligé de cirer le parquet. Au bout de huit jours la récurrence était complète et cette fois les membres inférieurs et supérieurs étaient atteints au même degré. (1)

DIAGNOSTIC. PRONOSTIC. TRAITEMENT.

Nous arrivons maintenant au diagnostic on ne saurait dire qu'il est difficile et c'est cependant par une erreur de diagnostic que cette affection est méconnue le plus souvent.

(1) Mende. Loc. citat.

Devant une phlébite, on est si peu habitué à cette idée de l'altération veineuse syphilitique que l'on cherche d'autres causes ; de là vient l'erreur.

C'est surtout avec la lymphangite que le diagnostic présente quelques difficultés.

En effet, lorsque l'on découvre le long de la gaine d'un vaisseau des cordons durs, un peu sensibles, sans adhérence avec la peau où les parties voisines, avec ça et là des nodosités rondes ; quand de plus, comme signes fonctionnels, on rencontre des tiraillements douloureux et une gêne plus ou moins prononcée dans les mouvements des membres, et que tous ces phénomènes morbides s'observent au début de l'infection syphilitique, on pense de suite à une lymphangite et il faut bien avouer que le diagnostic repose sur des bases solides. D'ailleurs pour mieux montrer l'analogie existant entre le phlébite et la lymphangite nous ne saurions mieux faire que de rappeler l'observation suivante que nous empruntons au mémoire de Mendel.

A..., sculpteur, âgé de 47 ans, se présente le 18 août 1892 à la consultation de M. le professeur Fournier ; il a vu apparaître, il y a quatre jours, une éruption disséminée sur le tronc et les cuisses. Cette éruption est une roséole syphilitique : le chancre peut être retrouvé sur le scrotum à gauche en arrière. Le 1^{er} septembre, apparition de syphilides palmaires.

Le 1^{er} novembre 1892, le malade, qui continuait

à excercer sa profession de sculpteur et à manier de la terre glaise, présenta une onyxis légère du pouce droit. Cette onyxis empira peu à peu ; le 5 mars l'ongle était décollé et il se produisait une légère suppuration. La lésion de l'ongle se prolongea jusqu'au commencement d'octobre. A ce moment, le malade présenta une affection singulière, constituée par cinq ou six nodosités fermes sous-cutanées, situées à la face antérieure de l'avant-bras, et se prolongeant jusqu'à la saignée du coude en ligne droite. Chaque nodosité avait le diamètre d'une pièce de vingt centimes et faisait une saillie assez notable. M. le professeur Fournier pensa d'abord à une phlébite secondaire, car on peut voir que la lésion ressemble assez bien à celle que nous décrivons plus haut.

Voici les raisons qui lui firent exclure le diagnostic de phlébite :

1° Le cordon noueux ne pouvait être la veine radiale superficielle : au coude, cette veine suivait un tout autre trajet que celui du cordon

2° A côté du cordon on percevait nettement la veine radiale superficielle.

3° Le cordon noueux conduisait jusqu'au ganglion sus-épitrochléen.

4° Enfin l'épreuve de la compression du membre à sa racine produisait de la turgescence des veines superficielles, sans influencer le cordon pathologique.

L'hypothèse d'une phlébite écartée, on ne pouvait plus penser qu'à une lymphangite c'est à ce diagnostic que s'arrêta M. Fournier.

D'ailleurs cette affection ne fut pas de longue durée : l'ongle se guérit et, dès le 18 octobre, les nodosités de l'avant-bras diminuèrent. Elles avaient disparu le 6 novembre.

Dans de pareilles circonstances il faudra donc se baser sur la situation anatomique de la veine et sur l'influence de la compression du membre sur le cordon pathologique.

On ne saurait confondre la phlébite secondaire avec le phlegmon ; celui-ci en effet sera facile à différencier de la phlébite syphilitique par ses phénomènes généraux, par le gonflement en masse de toute la région, par la rougeur qui ne présente pas le même aspect, par l'absence de toute induration localisée le long d'une veine.

Il suffit aussi de signaler l'erreur qui pourrait être commise avec l'artérite où l'absence de battements le long des vaisseaux, le refroidissement rapide du membre, la tendance à la gangrène imposent le diagnostic.

L'érysipèle se reconnaîtra à ses plaques rouges, saillantes, terminées par un bord net festonné et par l'adénite douloureuse qui l'accompagne habituellement.

La myosite se reconnaîtra à ses petites nodosités

dures ; ces nodosités sont plutôt, il est vrai, de forme allongée, mais elles sont situées toutes dans l'axe longitudinal de la jambe ; elles participent aux mouvements des muscles, dans les mouvements de flexion et d'extension du pied.

Mais un diagnostic beaucoup plus difficile est celui qu'il faudra faire avec la phlébite goutteuse et surtout avec la phlébite rhumatismale, et il sera d'autant plus difficile que les observateurs hésitent pour la plupart à prononcer le mot de phlébite syphilitique, et c'est ainsi que Mauriac, à la fin de son intéressante observation, s'exprime ainsi : « Rien ne put m'expliquer cette succession de phlébites et de thromboses spontanées qui sembleraient résulter d'une sorte de dyscrasie veineuse, née sous l'influence de la syphilis. »

La phlébite goutteuse, étudiée par Paget, quelques auteurs anglais, et, en France, par Lancereaux, se reconnaîtra à son extrême mobilité, à la rapidité avec laquelle elle envahit les veines des membres inférieurs, à l'irrégularité des poussées inflammatoires et surtout à la ténacité de l'œdème qui prend parfois des proportions considérables.

Avec la phlébite rhumatismale les difficultés seront certainement beaucoup plus grandes, car les manifestations locales des deux maladies sont souvent identiques, mais, d'après Schmitt, une recrudescence dans les phénomènes fébriles et douloureux

du rhumatisme accompagnent toujours la poussée phlébitique.

Quant aux phlébites qui surviennent à la suite de l'accouchement ou dans la convalescence des fièvres graves, leur étiologie est facile à découvrir.

D'ailleurs pour aider le diagnostic, il faudra toujours s'enquérir des antécédents du malade et examiner attentivement les différents signes morbides qu'il pourra présenter et alors dans les cas de phlébite on trouvera toujours la coexistence d'un accident secondaire syphilitique.

Si en effet nous prenons quelques-unes de nos observations, nous voyons dans le cas de Mendel (obs. I) une syphilide ulcéreuse superficielle ; le malade de Gosselin (obs. VI) présentait en même temps que son altération veineuse de la roséole, de la céphalée, de l'adénopathie occipitale. Enfin il est un signe qui n'a pas encore attiré l'attention des observateurs, sauf celle de Charvot ; c'est l'apparition, au cours de la phlébite syphilitique, de douleurs qui siègent au niveau des veines enflammées, qui apparaissent la nuit, empêchent le malade de dormir ou le réveillent la nuit.

C'est donc, en somme, par l'étude du malade, par la connaissance de ses antécédents, et par exclusion, que l'on pourra faire un diagnostic précis, que le traitement, d'ailleurs, viendra bientôt confirmer.

Nous dirons peu de chose du pronostic de l'in-

flammation veineuse syphilitique ; il est bénin ; dans toutes nos observations, nous avons vu que les récidives étaient rares (1 cas de Mendel), que l'induration persistait peu de temps ; aucune embolie consécutive à cette variété de phlébite n'a encore été signalée ; toutefois, il faut toujours y penser.

Le traitement de la phlébite secondaire, d'origine syphilitique, découle de son diagnostic ; ce sera celui de la syphilis secondaire, sous toutes ses différentes formes. Les frictions mercurielles sont naturellement indiquées, de même aussi l'iodure de potassium. On le donnera à la dose de 2 à 4 grammes et même davantage et d'emblée, car, à la suite d'un traitement antisypilitique un peu hésitant, il est curieux de voir la phlébite continuer sa marche ascendante.



CHAPITRE II

Phlébite tertiaire

A côté de la phlébite secondaire que nous venons d'étudier, se trouve une autre variété de phlébite, c'est celle qui correspond à la période tertiaire de la syphilis, et alors que la phlébite secondaire est une phlébite véritable, la phlébite tertiaire sera plutôt une gomme veineuse. On aurait affaire à des syphilomes circonscrits, ayant pris naissance dans la tunique externe des veines ou dans leur gangue conjonctive périphérique (observ. 21). Mais à côté de cette phlébite tertiaire, caractérisée par sa localisation sur un point déterminé d'une veine, nous avons vu qu'il en existait une deuxième variété qui offrira différents caractères, et sera remarquable surtout par sa généralisation sur le système veineux.

En effet, la cavité vasculaire pourra être dilatée, c'est-à-dire variqueuse : cette phlébite chronique, périphlébitegommeuse, ressort alors aux varices, c'est-à-dire qu'on aura allongement et dilatation de la

veine, avec multiplication des éléments de la paroi veineuse. Et ces cas sont bien loin d'être rares : souvent, en effet, au cours de nos études hospitalières, nous avons rencontré des malades atteints de la syphilis, porteurs de varices plus ou moins nombreuses, et consécutivement d'ulcères variqueux. A cet égard, nous avons attentivement examiné dix syphilitiques, et sur dix, deux avaient manifestement des varices, dont la cause ne paraissait devoir être que la syphilis.

Mais dans la plébo-sclérose, les veines ne seront pas toujours dilatées ; on pourra observer de la sténose persistante de la lumière du vaisseau ; nous aurons alors de l'induration chronique des parois de la veine, et cette induration sera due à une lésion de nutrition défectueuse du tissu conjonctivo-vasculaire (obs. XVIII). Nous décrirons surtout cette forme de phlébite chronique, pour étudier ensuite la gomme veineuse dont Langenbeck nous a rapporté deux cas.

La phlébite tertiaire est rare, puisqu'avec notre observation personnelle nous n'avons pu réunir que neuf cas ; encore l'observation de Gosselin (Obs. XVI) pourrait tout aussi bien, selon nous, se rattacher à la phlébite secondaire. C'est en effet quatre mois après l'apparition de l'accident initial que le malade a eu sa phlébite ; à la même époque il présentait sur le dos, les cuisses et les bras une syphilide vésiculopapuleuse incontestable, et de plus quelques tumeurs

sous-cutanées mollasses, grosses comme des pois ou un peu plus qui paraissent être des gommages à l'état de crudité. Il y avait donc là mélange d'accidents tertiaires et secondaires.

La phlébite tertiaire apparaît en général plusieurs années après le début de l'infection. Dans l'observation qui nous est personnelle, ce début est difficile à préciser, attendu que notre malade était en possession d'une syphilis ignorée ; toutefois il est à présumer que l'accident primitif remontait à une époque assez lointaine. A 18 ans, en effet, la femme eut un enfant mort-né ; à 20 ans, elle eut un autre enfant qui mourut au bout de six mois, à la suite de convulsions. On peut donc admettre que le début de l'infection syphilitique dans la circonstance remontait à douze ans environ.

Les malades ont de 25 à 50 ans ; les femmes paraissent être atteintes presque aussi souvent que les hommes, puisque nous avons quatre cas (femmes) sur neuf observations de phlébite tertiaire.

Le siège de l'altération veineuse est variable, mais c'est encore et surtout sur les veines des membres inférieurs (veines saphènes internes) que se porte l'action du virus syphilitique.

Dans les cas de phlébite chronique, à forme sténosante, le tableau symptomatique ressemble beaucoup à celui de la phlébite secondaire ; on constate également une douleur vive au début ; la rougeur

n'existe guère ; l'œdème est léger, marqué surtout au niveau des malléoles (Obs. personnelle) Il existe surtout un cordon induré, moniliforme, douloureux à la pression ; la marche est difficile ; la station debout fort pénible ; enfin on note également les douleurs nocturnes. qui peuvent être d'un grand secours pour le diagnostic.

Nous attachons à ce dernier symptôme une grande importance, nous l'avons observé très attentivement chez notre malade. Dans les premiers jours de sa phlébite, la femme X... (Obser. XVI) ne pouvait dormir. Elle souffrait sans cesse d'élancements douloureux nocturnes et ce n'est que sous l'influence du traitement que le sommeil put réapparaître.

La marche de l'affection est relativement rapide, mais au lieu d'obtenir une guérison complète comme dans le phlébite secondaire, il reste toujours de l'induration des parois veineuses, et cette induration persistante, irrémédiable doit certainement prédisposer aux récidives, quoique nos observations n'en fassent pas mention.

Le diagnostic se fera de la même façon que pour la phlébite secondaire ; dans ces cas l'affection pourra être confondu, soit avec la lymphangite, soit avec la phlébite rhumatismale. Mais grâce aux antécédents du malade, grâce à la coexistence de lésions tertiaires (ulcère spécifique, observation personnelle), grâce aussi et surtout à l'efficacité du traitement, on

pourra reconnaître la spécificité de l'altération veineuse

Quant à la variété de phlébite tertiaire, considérée comme gomme veineuse, on en connaît actuellement que deux observations dues à Langenbeck. On ne saurait donc avec ces deux cas seulement en faire le tableau symptomatique.

Dans le premier cas (observ. XXI) il s'agissait d'une femme de 50 ans, portant sur le côté droit du cou, au niveau du cartilage cricoïde, une tumeur ferme et douloureuse, adhérente à la peau et au sternocléido-mastoïdien.

On porta le diagnostic de carcinome et une intervention chirurgicale fut décidée. L'opération montra que cette tumeur sans connexion avec la carotide, adhérait intimement, au contraire, à la veine jugulaire externe.

On fut obligé de réséquer une portion de ce vaisseau pour pouvoir enlever le néoplasme. La veine était envahie par un thrombus adhérent. La tumeur, examinée au microscope, était constituée par du tissu embryonnaire.

Le malade qui avait nié la syphilis, présentait, dès l'année suivante, des lésions tertiaires manifestes.

Dans le second cas (Observ. XXII) on avait eu affaire à une femme qui, quelques années auparavant, avait perdu abondamment ses cheveux et qui

portait une tumeur dure et douloureuse au-dessus du ligament de Poupert.

Le diagnostic fut hésitant entre un sarcome et un carcinome. Une opération chirurgicale fut décidée et l'on vit alors que la tumeur adhérait intimement à la veine et à l'artère fémorale. Dans l'impossibilité de réséquer ces deux gros vaisseaux chez une femme affaiblie on laissa en place toute la partie de la tumeur qui les entourait et au microscope on constata que là encore la veine était dégénérée et envahie par un thrombus adhérent.

Avec Mendel, nous pensons que la gomme veineuse est beaucoup plus fréquente qu'on le croit généralement ; d'ailleurs le diagnostic offre de grandes difficultés et il est permis de penser que des cas analogues ont été méconnus même après avoir été opérés.

Il serait pourtant d'une extrême importance de faire un diagnostic précis ; une des malades de Langenbeck mourut en effet des suites de l'opération et il est à peu près certain que si elle avait été soumise à un traitement intensif sa tumeur eût pu disparaître en partie.

Le traitement de la phlébite tertiaire, qu'on ait affaire à la forme généralisée, ou à la gomme veineuse, sera le traitement antisypilitique, c'est à dire les frictions mercurielles et l'iodure de potassium à hautes doses et d'emblée. A notre malade nous

avons donné tout d'abord trois grammes d'iodure, et malgré cette dose la phlébite s'est étendue à la veine saphène interne gauche. On ordonna alors six grammes d'iodure, avec de l'enveloppement ouaté et un tour de bande.



CHAPITRE III

Nous avons tout d'abord l'intention de passer rapidement en revue les altérations veineuses des viscères dues à la syphilis. Mais, à cet égard, et malgré nos recherches, nous n'avons trouvé aucun fait nouveau. Il faut toutefois faire exception pour l'inflammation veineuse syphilitique de la moelle. Dans sa thèse, si intéressante, Lamy (1) nous montre qu'à côté des altérations des artères et des éléments nobles de la moelle se trouvent également des lésions des veines. Parfois même ces lésions, ainsi que celles des vasa-vasorum, sont prédominantes. si bien que Lamy est bien près de considérer l'altération vasculaire comme la première étape du ramollissement médullaire syphilitique.

Sottas (2) en publiant ses trois observations de ramollissement syphilitique arrive aux mêmes conclusions.

Comme, d'autre part, dans notre Introduction,

(1) Lamy, th. de Paris, 1892-93.

(2) Sottas, Société de Biologie, 15 avril 1893,

nous nous sommes servis des recherches de ces deux auteurs pour établir un parallèle entre la phlébo-sclérose et l'artério-sclérose, nous allons résumer quelques unes de leurs observations,

Observation

(Lamy) (1)

Homme de 50 ans, a contracté à 49 ans un chancre induré à la verge ; en dehors de la syphilis rien d'important dans ses antécédents. Un an après l'apparition du chancre il présente subitement les symptômes d'une myélite. Il entre à l'hôpital avec paraplégie flasque, abolition des réflexes rotuliens, incontinence des urines et des matières fécales, eschares fessières et sacrées. Meurt subitement 19 jours après le début de la paraplégie.

A l'autopsie les lésions macroscopiques sont presque nulles. L'examen microscopique montre outre les lésions de la substance grise, et de la substance blanche de la moelle, expliquant les différents symptômes présentés par le malade, des lésions méningées considérables occupant presque toute l'étendue des méninges rachidiennes, et enfin des lésions vasculaires très importantes.

(1) Lamy. Thèse de Paris 1892-93.

Ces lésions siègent surtout au niveau de veines et ont une topographie également très étendue. Les artères présentent des lésions presque insignifiantes ; sur les veines d'un certain volume on remarque que les parois sont considérablement augmentées d'épaisseur, elles sont comblées de petites cellules rondes dissociant le tissu conjonctif. Ces petites cellules rondes sont munies d'un gros noyau occupant presque tout le corps cellulaire. Les éléments embryonnaires se disposent généralement sur 2 rangées concentriques, la première répondant à l'adventice de la veine, la seconde à sa membrane interne.

Sur un grand nombre de veines l'endophlébite oblitérante et l'épaississement considérable des parois réduit la lumière à une simple fente.

La périphlébite est également très développée, l'infiltration des petites cellules rondes s'étant faite autour des vaisseaux sanguins sur plusieurs rangées figurait un véritable manchon.

Enfin, dans un point de la région dorso-lombaire les noyaux de cellules ont perdu leur affinité pour les colorants nucléaires ; un grand nombre d'éléments s'est transformé en globes granuleux ; il s'est produit un foyer de nécrose, en un mot une véritable gomme.

Au niveau des vasa vasorum on retrouve des lésions analogues, mais là, la néoformation a redoublé d'intensité.

Observation

(Sottas) (1)

Homme de 32 ans ; en 1890 il contracta la syphilis ; en 1892 douleurs lombaires, troubles des sphincters et enfin paraplégie brusque, demi-coma et mort le 30 juillet.

A l'Autopsie : ramollissement de la portion dorsale supérieure de la moelle, sur une longueur de dix à 12 centimètres ; pas de dégénérescence secondaire, ascendante ni descendante, ce qui est en rapport avec la précocité de la terminaison fatale.

Le microscope montre au niveau du foyer une altération très prononcée des vaisseaux, surtout des veines de la pie-mère. La paroi du vaisseau est infiltrée de noyaux, la lumière presque oblitérée. Pour un grand nombre, l'oblitération est complète, dans d'autres, on trouve un caillot stratifié ; il existe de plus, en certains points de la pie-mère, des amas de noyaux qu'on peut considérer comme des gommescopiques.

Ces gommescopiques se retrouvent également sur les tractus pie-mériens qui pénètrent dans la moelle, mais ne s'éloignent toutefois pas beaucoup de la périphérie. Les vaisseaux de la moelle sont également malades, leur altération est seulement moins prononcée.

(1) Sottas. Société de biologie. Avril 1893.

Quant au parenchyme médullaire, il présente de la façon la plus nette, les aspects de la nécrobiose.

En somme, altération vasculaire très prononcée et ramollissement de la moelle surpris au début de son évolution.

Observation

(Sottas).

Homme a la syphilis à 25 ans en 1870 ; paraplégie en novembre 1891, et mort le 3 mars 1893, 17 mois après le début de l'affection. A l'autopsie deux foyers principaux d'altération, l'un au niveau des quatrième et cinquième dorsale, l'autre de la septième à la onzième vertèbre dorsale.

Les vaisseaux sont tous extrêmement épaissis, la plupart oblitérés, mais l'altération est beaucoup plus ancienne que dans le premier cas ; les parois épaissies sont fibreuses, pauvres en noyaux et on peut constater de plus une particularité très importante : chaque moignon fibreux qui représente un vaisseau oblitéré un peu volumineux est entouré d'une zone de capillaires dilatés logés dans la tunique externe et représentant probablement les vasa-vasorum qui suppléent par leur développement au fonctionnement du vaisseau oblitéré. Les gaines péri-vasculaires sont remplies de corps granuleux.

Les gros vaisseaux sont accompagnés par une gaine de tissu conjonctif épaissi, et dans tout le champ de la coupe, de nombreux noyaux embryonnaires sont décelés.

OBSERVATIONS

Observation 1

(Mendel) (1)

J. (Ferdinand) âgé de 22 ans, entra le 2 juillet 1893 dans le service de notre maître, M. le Pr Fournier. Il était alors en pleine syphilis secondaire. Le chancre initial était apparu à la verge, le 20 mai ; on pouvait voir sa cicatrice très nettement lors de l'entrée du malade à l'hôpital ; le bubon satellite était encore très manifeste. A ce moment, J. était couvert d'une syphilide ulcéreuse superficielle généralisée.

A la fin du mois de juin, soit un mois après l'infection à la suite de fatigues, le malade avait ressenti une douleur localisée à la partie supérieure et interne de la jambe gauche. En cette région, où la peau était rouge et tuméfiée J... avait pu sentir à la palpation deux petites tumeurs voisines, grosses comme des noisettes. Au moment de son entrée à l'hôpital, des lésions analogues étaient apparues sur différents points du corps. Voici ce que nous observâmes :

A la jambe gauche, reliquat de la première lésion. La peau est maintenant normale, mais on sent nettement à la palpation deux petites nodosités, un peu douloureuses reliées par un cordon dur très court. L'existence simultanée de la phlébite nous éclaira sur le diagnostic de cette petite lésion.

A la jambe droite, on pouvait sentir nettement l'exis-

¹ (1) Mendel. — Archives générales de médecine 1893,

tence d'un cordon dur, cylindrique, moniliforme par places, roulant sous le doigt, correspondant à la situation de la saphène interne. Mais il est intéressant de remarquer que cette veine n'était pas atteinte dans la totalité de son trajet. L'induration était manifeste au niveau de la malléole interne, dans une étendue de 4 à 5 centimètres ; elle ne reparaissait qu'à un travers de doigt au-dessus du genou, et continuait alors jusque dans la région inguinale.

Au bras gauche la médiane basilique et la médiane céphalique étaient atteintes de même. La première était indurée dans toute la région du coude, soit sur une longueur de 10 à 12 centimètres ; elle présentait, sur son trajet, trois petits renflements sphériques, qui correspondaient sans doute à des valvules. La médiane céphalique était atteinte de la même façon ; en un point de son trajet, où l'on pouvait voir l'anastomose d'une veine superficielle, le calibre de la veine indurée se renflait visiblement.

Au bras droit, la veine céphalique seulement était atteinte de phlébite ; on la sentait notablement indurée au niveau du tiers moyen du bras.

Au moment de notre examen, les régions atteintes étaient douloureuses à l'occasion des mouvements et à la palpation ; la peau était saine au niveau des veines atteintes. Mais le malade nous dit fort nettement qu'à l'apparition des lésions, chacune des régions malades avait présenté pendant quelques jours de la rougeur diffuse, et des trainées congestives correspondant au trajet des phlébites. A aucun moment il n'y eut de gonflement.

Notre malade fut soumis au traitement spécifique ; il prit par jour 0 gr. 10 de protoiodure de mercure et 3 gr.

d'iode de potassium. L'état resta stationnaire jusqu'au milieu du mois de septembre environ. A ce moment on sentit l'induration diminuer insensiblement, en même temps que la palpation ne réveillait plus aucune douleur.

27 septembre. — Au bras gauche, l'induration de la veine médiane céphalique n'existe plus qu'au-dessous de l'articulation du coude, dans une étendue de 4 à 5 centimètres. La médiane basilique est normale. Le bras droit ne présente plus de phlébite.

A la cuisse droite, on ne perçoit plus, dans le tiers moyen, qu'une faible induration de la saphène interne.

8 octobre. — Le malade, sorti de l'hôpital, a trouvé une place de garçon de magasin ; il a frotté et ciré le parquet. Lorsqu'il se représente à nous, nous constatons une récurrence généralisée de ses phlébites. Cette fois, l'atteinte est plus sévère. Il n'y a ni rougeur, ni œdème, mais on peut constater à la palpation que toutes les veines superficielles des membres, sauf celles de la main, sont indurées. Aux deux membres inférieurs, la saphène interne depuis la malléole jusqu'à l'aîne sont prises. Les saphènes externes sont également transformées en cordons durs.

Le membre inférieur gauche, qui avait été à peu près épargné lors de la première atteinte, est actuellement frappé au même degré que le membre inférieur droit.

1^{er} novembre. — Les veines superficielles du bras sont plus souples et moins dures ; aux membres inférieurs même état.

10 novembre. — Presque toutes les veines des membres inférieurs sont actuellement normales. Au membre inférieur gauche, la saphène externe a retrouvé sa souplesse ordi-

naire. La saphène interne est moins indurée. Au membre droit, la saphène externe est plus souple, la saphène interne garde sa dureté.

Observation 2

(Gayraud) (1)

Le nommé C..., âgé de 23 ans, eut rapport au mois d'août 1880 avec une femme suspecte. Pendant le voyage très pénible qu'il fit ensuite dans le Sud Oranais, il dut se mettre trois fois dans l'eau jusqu'à la ceinture. Vingt jours seulement après son départ, il s'aperçut de l'existence d'une petite ulcération à la base du gland. Il entra alors à l'hôpital. Pendant son séjour il fut atteint de rhumatisme articulaire avec gonflement des genoux. Chancre et rhumatisme guérèrent en moins d'un mois.

Revenu en France, le malade fit un premier séjour à l'Hôtel-Dieu St-Eloi ; à cette époque il présentait de la roséole, des adénopathies cervicales, de l'angine et de la laryngite spécifiques. Sous l'influence du traitement, ces manifestations s'amendèrent et le malade put quitter l'hôpital. Mais, quelques jours après, de nouvelles poussées l'y ramenèrent le 31 mai 1881.

Le 22 juin, sans cause appréciable, survient une fièvre intense qui oblige le malade à garder le lit. La langue est

(1) Gayraud. — Gaz. hebdomadaire, sc. med. Montpellier, 1882, n° 43.

sale ; le malade se plaint de dyspnée. On ordonne un vomitif : le lendemain la fièvre est presque nulle. A ce moment, C... attire l'attention sur une douleur qu'il éprouve à la partie interne du bras droit, en arrière du biceps. Toute cette région est un peu rouge et légèrement tuméfiée ; la douleur est assez vive pour rendre impossible l'examen par la palpation. Dans la pensée qu'il se développe une lymphangite, on prescrit des frictions locodolente avec l'onguent napolitain belladonné. Le surlendemain, à la visite, on constate la diminution de la douleur et le gonflement, à la partie interne du bras droit ; du pli du coude jusqu'à la partie inférieure de la région axillaire, s'étend au-dessous de la peau un cordon dur, sans nodosités, du volume d'une plume de corbeau, situé en avant de l'artère humérale, très douloureux à la pression. Pas d'œdème de l'avant-bras ; aucun engorgement des ganglions axillaires ni du ganglion épitrochléen.

On diagnostique une phlébite adhésive de la veine basilique. Les frictions mercurielles sont continuées et on reprend le traitement spécifique, suspendu depuis quelques jours. Peu à peu, la douleur diminue, le cordon devient de moins en moins volumineux et, le 8 septembre, jour où le malade quitte l'hôpital, il n'en reste plus aucune trace.

Observation 3

(Gayraud) (1)

Le nommé D..., âgé de 31 ans, tanneur, entre le premier mars 1882 à l'Hôtel-Dieu-St-Eloi, porteur d'un chancre de la verge dont le début remonte à trois mois environ. Vers le 27 avril, apparition de symptômes secondaires ; administration du traitement classique.

Le 7 juillet, le malade se plaint d'éprouver depuis la veille, dans le membre inférieur gauche, une vive douleur survenue sans cause appréciable. En examinant la partie inférieure et interne de la cuisse, immédiatement au-dessus du genou, on y voit une rougeur diffuse et une tuméfaction douloureuse au-dessous de laquelle la palpation fait découvrir un cordon dur et volumineux de 12 centimètres environ de longueur. Au-dessus de ce point la peau présente sa coloration normale.

Le surlendemain la douleur est moindre, le gonflement est plus circonscrit, mais tout le long de la partie interne de la cuisse, on sent un cordon dur, très volumineux, situé sous la peau, à la place de la saphène interne et se prolongeant jusqu'à l'abouchement de cette veine, dans la veine fémorale. Toute cette région est le siège de douleurs très supportables, qu'exaspèrent la pression ou les mouvements. Au-dessus du tiers inférieur de la cuisse, la peau présente

(1) Gayraud. — Gaz. hebd. sc. med. de Montpellier, 1882.

sa coloration normale. Sous l'influence du traitement mis en usage (repos au lit, frictions avec l'onguent napolitain belladonné, cataplasmes, pilules Dupuytren), l'engorgement se résout peu à peu en commençant par les parties atteintes en dernier lieu, c'est-à-dire par la partie supérieure de la cuisse, car à la partie inférieure, on sent encore pendant quelque temps un empâtement circonscrit. Dès le 26 juillet, le malade se lève sans éprouver de douleur, et vers le 15 août tout symptôme de phlébite a disparu.

Observation 4

(Mauriac) (1)

M. B... (Charles), âgé de 20 ans, d'une magnifique santé et n'ayant jamais eu aucune maladie locale ou générale, constitutionnelle ou acquise, constata une balano-posthite infectante, suivie d'une syphilide généralisée à larges papules et de quelques plaques muqueuses. La santé resta très bonne. Il se produisit ni phénomènes rhumatismaux, ni accidents nerveux, et la syphilis, quoique sévère, ne suscita aucune manifestation diathésique en dehors d'elle. Traitement par les frictions, auxquelles il fallut bientôt renoncer à cause de la stomatite. Il ne donnait pas du reste les bons résultats que j'en attendais, et j'eus recours à la liqueur de Van Switen.

(1) Mauriac. — Syphilis tertiaire et syphilis héréditaire, p. 832.

Vers la troisième semaine de la syphilis (deuxième mois du chancre), le malade, qui restait tranquillement dans sa chambre payante à l'hôpital du Midi et marchait fort peu, ressentit une douleur assez vive dans le mollet de la jambe droite, qui devint peu de temps après, dure et enflée, au point que la station debout était presque impossible, je ne sentis aucune veine oblitérée, mais je soupçonnais quelque phlébite profonde avec thrombose. Aucune cause, autre que la syphilis, ne pouvait l'expliquer.

Cet affection n'était pas encore guérie ; l'état syphilitique s'améliorait peu à peu, lorsque deux mois après, des douleurs se manifestèrent dans le bras droit. En le palpant, je constatai que les veines sous-cutanées, sur sa face interne, étaient oblitérées, dures, douloureuses, avec des traînées de rougeur de la peau sur le trajet. La phlébite avec thrombose était évidente. Elle s'accompagnait d'un engourdissement et surtout d'un œdème très considérable de tout le membre correspondant.

L'embonpoint n'avait pas diminué ; la santé restait toujours très bonne. Le malade sortit sans être guéri complètement ni de sa syphilis, ni de ses deux phlébites. Mais il revint au bout d'un mois (cinquième mois du chancre), pris de douleurs qui occupaient cette fois la cuisse du côté droit. La phlébite n'y était pas douteuse, car sur sa face interne existaient, depuis le genou jusqu'à l'aîne, des traînées rouges de la peau au-dessous desquelles on sentait de gros cordons durs, moniliformes, provenant de la thrombose des veines sous-cutanées. Repos, cataplasmes, bains. Au bout de huit jours, disparition des phénomènes aigus, mais persistance de l'œdème sur les membres inférieurs, et de la coloration

foncée du tégument. Rien ne peut m'expliquer cette succession de phlébites et de thrombose spontanées, qui semblaient résulter d'une sorte de dyscrasie veineuse née sous l'influence de la diathèse syphilitique. Plus tard ce malade eut des crampes dans la jambe gauche et une douleur dans le creux poplité. Je n'y sentis pas d'induration veineuse.

Les phlébites, les thromboses et les œdèmes disparurent à la longue. Au bout de six mois, il n'en existait plus trace.

Observation 5

(Breda) (1)

Une paysanne de 28 ans fut infectée par un nourrisson, qui lui donna un chancre au sein. A son entrée dans la clinique de Breda, elle présentait des plaques muqueuses aux grandes lèvres et sur les bords de la langue ; elle se plaignait de douleurs dans le cou ainsi qu'au bras et à la jambe gauche : cette dernière était le siège d'un œdème notable. La malade avait la fièvre et ne pouvait ni marcher, ni se tenir debout. Au bout de quinze jours on constatait de l'œdème du pied droit et des deux mains ; les mouvements des bras étaient douloureux.

On nota alors au niveau de la veine saphène interne gauche, de la basilique, de la céphalique et de la médiane du même côté les lésions suivantes : ces veines sont rigides,

(1) Breda. *Revista veneta di scienze mediche*, 1889,

épaisses, douloureuses au toucher. L'état s'améliore peu à peu par l'administration de sublimé et d'iodure de potassium. Elle put même quitter la clinique au bout de deux mois et les phlébites ne récidivèrent pas.

Breda pensa à une phlébite syphilitique, par exclusion de la phlébite rhumatismale et de la phlébite spontanée. La guérison de ces accidents, coïncidant avec ceux de la peau, sous l'influence du traitement spécifique, corrobora cette opinion.

Observation 6

(Gosselin) (1)

Une jeune fille de 25 ans se plaint d'une douleur de la jambe gauche, avec difficulté de la marche produite par cette douleur, et par l'impossibilité d'étendre complètement le genou. Rien du côté de l'articulation, ni du côté des muscles. Mais on constate un gonflement très douloureux à la pression, sur la partie postérieure et supérieure du mollet. Ce gonflement est sous-cutané, à une assez grande distance de la peau, et par conséquent sans adhérence avec cette dernière. Il est allongé, long d'à peu près quatre centimètres et étroit d'environ un centimètre. Il est sans changement de couleur à la peau, sans empâtement superficiel, et offre sur toute sa largeur une consistance très ferme. C'est un

(1) Gosselin. Clinique chirurgicale de l'hôpital de la Charité, Tome III.

cordon dur, allongé, douloureux, surtout à la pression et pendant la marche. La maladie à laquelle celle-ci ressemble le plus est la phlébite avec thrombose. En faveur de cette opinion, on a, outre la forme allongée de l'induration douloureuse, cette circonstance que la lésion se trouve sur le trajet de la saphène externe, non loin de son abouchement dans la veine poplitée.

D'autre part, on constate, facilement, grâce à la roséole, à la céphalée, à l'adénopathie occipitale, que la malade est en pleine poussée de syphilis secondaire. On peut donc conclure, en l'absence de toute cause de phlébite, que cette jeune femme porte une gomme développée dans le tissu conjonctif qui forme la membrane externe et l'enveloppe de la veine saphène externe. Cette gomme phlébitique disparaît en l'espace de quinze jours, sans avoir suppuré et sans que la veine ait conservé la moindre apparence d'oblitération persistante.

Observation 7

(Chrétien) (1)

Phlébite porte-cave syphilitique

F..., fleuriste, 20 ans, entre à l'hôpital Laënnec, service de M. le P^r Landouzy, pour des accidents cutanés du côté des organes génitaux externes. Elle a contracté la syphilis

(1) E. Chrétien. Journal des connaissances médicales, 23 novembre 1897.

à 18 ans 1/2. Rien autre d'intéressant dans ses antécédents.

On constate un œdème assez prononcé des membres inférieurs qui présentent une teinte violacée au niveau des mollets, cet œdème remonte sur la paroi abdominale, mais s'arrête exactement au niveau de la ceinture. Sur la surface de l'abdomen existe un réseau de grosses veines très saillantes. Rien au cœur. Albumine en quantité notable. L'examen de la région lombaire droite dénote la présence d'une tumeur rénale ; M. le Pr Landouzy, procédant par exclusion porte le diagnostic de rein syphilitique avec compression de la veine-cave.

Mais après des accidents péritonéaux assez marqués, on constate la diminution très sensible de l'œdème et la disparition presque complète de la circulation collatérale en même temps la tumeur cesse d'être perceptible dans le flanc droit. Les urines contiennent toujours de l'albumine. C'est alors que M. le Pr Landouzy émet l'opinion que la gêne de la circulation veineuse pourrait se rattacher à une endophlébite syphilitique de la veine-cave.

Malgré l'albumine, le traitement mixte est donné, qui d'ailleurs dans ce cas particulier fut mal toléré.

Observation 8

(Lang).

Cet auteur a observé dans son service de clinique, chez un homme de 26 ans, présentant sur beaucoup de points des manifestations syphilitiques secondaires, une phlébite, deux

saphènes internes avec périphlébite du côté droit. La guérison complète survint après trois mois de traitement mixte.

Observation 9

Charvot (1)

Phlébite de la V. Saphène int. gauche survenant chez un syphilitique à la fin de la période secondaire. — Coïncidence d'une orchite syphilitique. — Sous l'influence du traitement spécifique, guérison de ces accidents.

L... Albert, âgé de 23 ans, incorporé en novembre 1886, dans un régiment d'infanterie de marine, entré à l'hôpital Saint-Martin le 15 juillet 1890, pour une inflammation erysipélateuse de la jambe gauche.

A. H. : rien.

A. P. : à 7 ans, fièvre typhoïde. — Embarqué le 20 août 1887, il a fait au Tonkin, un assez long séjour pendant lequel il est fort éprouvé par la malaria. Il y contracte une blennorrhagie qui a cédé au bout de deux ans seulement à un traitement assez énergique.

Vers le milieu de 1889, il se fait soigner pour un chancre induré, dont la cicatrisation est suivie d'accidents syphilitiques bien accusés ; variole, plaques muqueuses, engorgement ganglionnaire.

(1). Charvot. — Rev. Chirurgie, 1894.

Dans les premiers jours de juillet 1890, sans circonstance, sans cause apparente, il ressent dans la jambe gauche une douleur assez vive, partie de la malléole interne, ne tarde pas à remonter le long de la face interne du mollet jusqu'au genou.

A son entrée, on constate les signes d'une phlébite de la V. S. int. g.

Tout le long de la face interne de la jambe rampe une trainée rougeâtre, à bords déchiquetés et les doigts perçoivent aisément, sur le trajet anatomique de la veine, un cordon induré, douloureux, plus rempli au devant de la malléole et de la face interne du mollet où il prend la grosseur du doigt. Un léger œdème empâte le coup de pied. Douleurs assez vives le jour et la nuit. La phlébite se complique d'un peu de lymphangite et d'adénite symptomatique ; les ganglions sont engorgés et douloureux à la pointe du triangle de Scarpa. Légère réaction, fébrile ; pendant 2 jours la température s'élève de quelques dixièmes de degré au-dessus de la normale, puis retombe à 37°.

Le soldat est donc en puissance de syphilis ; ses antécédents le prouvent et il porte e même sur la poitrine une éruption rubéolique dont la couleur cuivrée décèle à première vue la nature spécifique ; donc phlébite syphilitique et traitement antisiphilitique mixte. — Ki — 2 gr.

Onguent mercuriel : enveloppement avec une couche de ouate et deux jours après (4 août) la jambe est presque complètement dégorgée. Sur la face interne du mollet les renflements douloureux de la saphène ont disparu. Cependant la phlébite continue sa marche ascendante ; le long de la face interne de la cuisse une trainée

rougeâtre dessine le trajet de la veine enflammée. Le cordon induré et douloureux remonte jusqu'à la pointe du tr. de Scarpa.

Vers le 10 août la phlébite se resout sans laisser de traces.

L..., semble complètement guéri, quand apparaît brusquement une orchite aigüe du côté droit. Il n'y a pas eu de traumatisme ni de blennorrhagie, ni d'oreillons ; pas d'accès de fièvre intermittente. Au bout de quelques jours la glande séminale est prise en masse et les inégalités de consistance dans le squelette fibreux de la glande séminale semblent caractéristiques de l'orchite syphilitique et alors le Ki est porté à 6 gr. et la friction à 6 gr.

Au bout de quelques jours la tumeur scrotale a diminué beaucoup et l'homme sort le 10 septembre 1870, sur sa demande, complètement guéri de sa phlébite et ne présente plus que un peu d'induration dans le testicule.

(1) Revue de Chirurgie, 1891, page 559.

Observation 10

(Charvot) (1)

Phlébite syphilitique survenant pendant la période des accidents secondaires, chez un homme opéré d'un petit abcès à la base de la verge. — Difficulté de trouver la porte d'entrée du virus syphilitique. — Caractères particuliers de l'inflammation veineuse. Traitement spécifique. — Guérison rapide.

M., soldat au 7^e bataillon d'artillerie de forteresse, entre à l'hôpital Saint-Martin le 9 août 1890, avec le diagnostic de kyste de la base de la verge. C'est un homme de 23 ans, grand et robuste, incorporé depuis 20 mois. Aucun antécédent morbide dans sa famille.

Rougeole à 6 ans ; pneumonie à 12 ans ; fièvre muqueuse à 13 ans, donc prédisposé à faire une infection.

A son entrée on constate à la partie dorsale de la base de la verge un kyste qu'on incise, qu'on curette et qu'on cautérise avec le clzn.

22 août, petite plaie en voie de guérison et au bout de peu de jours cicatrisation complète ; en même temps on constate un engorgement dur et peu douloureux des glandes lymphatiques et on pense à une adénite d'origine purement inflammatoire.

Vers le 10 septembre, l'homme est en voie de guérison quand il vient à se plaindre d'une douleur vive au côté

(1) Charvot. Rev. de Chirurgie, 1891.

interne du genou gauche ; des tiraillements douloureux le long de la face interne de la cuisse gauche gênent la marche et même la station debout. On examine le membre : aucune rougeur à la peau ; un peu d'œdème engorge les malléoles. En palpant la veine les doigts sentent à la partie supéro-interne un cordon dur, douloureux à la pression, qui correspond au trajet de la veine saphène intense. Enveloppement dans des compresses de sublimé au 1/1000.

Dès les jours qui suivent le cordon douloureux s'allonge, descendant le long de la face interne de la cuisse et gagne le genou. Il est plus volumineux, à contours moins nets. L'œdème péri-malléolaire augmente peu. Le malade se plaint de douleurs vives qui l'éveillent la nuit et l'empêchent de dormir ; il ne peut ni marcher, ni se tenir debout. Il est facile de reconnaître une phlébite des mieux caractérisée, mais il est moins aisé d'en préciser la cause. On ne peut invoquer le traumatisme (l'homme est couché depuis 1 mois) ; aucune inflammation de voisinage n'a pu se propager à la saphène. Le début insidieux de la phlébite prouve sans doute son origine virulente, mais quelle infection jusque-là latente est venue se fixer sur les parois de la veine ? On n'a pas affaire à un convalescent de fièvre grave et dans les antécédents on ne trouve aucune diathèse.

Mais en découvrant le malade on trouve sur le tronc et sur les bras une roséole caractéristique de la syphilis, le malade dit avoir découvert la roséole dès les premiers jours du mois d'août, avec mal de gorge, c'est-à-dire en même temps que le kyste suppuré de la verge.

On peut avoir eu affaire à un abcès chancreux lymphatique enkysté et aujourd'hui en pressant entre les doigts la

cicatrice de l'abcès on sent un tissu induré, comme à la base des chancres spécifiques ; pour affirmer le diagnostic on laisse l'affection évoluer pendant quelques jours. La phlébite continue sa marche descendante, un cordon induré apparaît à la face interne du mollet gauche sur le trajet de la saphène interne. Un point douloureux sur la face interne du genou droit, au point où passe la veine, indique l'invasion imminente d'une phlébite au membre inférieur droit. La douleur s'exaspère la nuit, empêchant tout sommeil. On commence le traitement antisypilitique mixte : KI = 2 gr. Onguent mercurial : 6 gr.

L'amélioration est presque immédiate et prouve bien la nature syphilitique de la phlébite. Au bout de 2 ou 3 jours les douleurs nocturnes cèdent complètement. Le malade ne ressent plus de tension douloureuse de la cuisse.

Le 1^{er} octobre la guérison peut être considérée comme complète. Plus de douleur dans le membre inférieur gauche ; on ne sent plus qu'un peu d'induration de la saphène à la face interne de la cuisse, et au devant de la malléole interne. Le malade se lève et commence à marcher.

Le traitement spécifique a exercé sur les autres accidents syphilitiques son action habituelle et l'induration cicatricielle que les doigts trouvaient au niveau du kyste suppuré de la base de la verge et qui pouvait être mis sur le compte de la poche kystique rétractée à fondue sans presque laisser de traces. On continue le traitement en donnant 3 gr. de KI et le malade sort complètement guéri le 16 octobre 1876.

Observation 11

(Mendel) (1)

Malade âgée de 32 ans, a déjà eu plusieurs attaques de rhumatisme articulaire aigu ; il y a 2 mois il a eu la syphilis ; son chancre situé à la face inférieure de la nuque n'est pas encore complètement cicatrisé. Néanmoins la roséole et les syphitides muqueux ont déjà fait leur apparition. Deux mois après le chancre le malade a, outre de la myosite multiple précoce, de la phlébite syphilitique. On constate facilement par la simple palpation que les saphènes internes sont transformées dans leur trajet jambier en des cordons durs, roulans sous le doigt, douloureux. De même les veines des bras et avant-bras, ont subi la même transformation. Ici elles transparaisaient sous la peau et nulle erreur n'est possible quant à la détermination de la lésion.

On donne le traitement mixte et au bout de peu de temps toute trace de phlébite a disparu.

Observation 12 (1)

Le malade dont il s'agit a pris la syphilis il y a deux mois et demi. Il a présenté à ce moment un chancre induré

(1) Archives générales de médecine, 1894 1^{er} volume,
Société de dermatologie, 1895 2^e volume.

(1) Conférence de l'hôpital militaire de Kief, Vrach., n^o 49, 1892.

à la verge. Actuellement il est couvert d'une éruption généralisée de papules lentiformes. De plus, il présente une lésion particulière de la veine basilaire au niveau des deux tiers supérieurs de l'avant bras droit. La veine est en forme de cordelet dur, de la grosseur d'une plume d'oie, irrégulièrement bosselé, très douloureux à la pression. La peau sus-jacente est rosée. Les autres veines sont intactes.

A ce moment les articulations des pieds, des genoux et des coudes sont douloureuses et un peu tuméfiées. Le malade fut soumis au traitement spécifique. Après vingt frictions mercurielles, les papules ont disparu, de même que l'épaississement de la veine.

La phlébite était donc sans conteste d'origine syphilitique. Les articulations sont encore douloureuses. Leur gonflement a diminué.

Observation 13

(Cautru) (1)

On note dans les antécédents du malade une fièvre typhoïde en 1886 et une attaque de rhumatisme articulaire en 1888.

Le 2 février 1891, D... se presenta à la consultation de l'hôpital de la Pitié pour un mal de gorge avec légère céphalée, survenue sans frissons, ni fièvre. On lui prescrit des

(1) Cautru. — Sur un cas de phlébite observé chez un syphilitique. *France Médicale*, janvier 1892.

pillules de protoiodure d'hydrargyre et une potion à l'iodure de potassium. Sur l'influence de ce traitement, une amélioration rapide s'est produite.

Le 12 février réapparition des mêmes symptômes accompagnés cette fois de frissons et de fièvre.

Il se présente alors à l'hôpital Saint-Antoine, ou il est admis d'urgence le 14 février.

A l'examen du malade, on constate : hypertrophie des amygdales avec dépôts blanchâtres, adénopathie sous-maxillaire. De plus chancre induré de la lèvre supérieure et roséole. On institue le traitement spécifique.

A ce moment (20 février), le malade est repris d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu, affectant particulièrement les poignets et les coudes. Tuméfaction des tissus péri-articulaires, surtout du côté gauche. T. 39°. On prescrit, salicylate de soude : 4 grammes.

Le 22, légère amélioration. Mais on observe de chaque côté, à la face interne des cuisses, immédiatement au-dessus du condyle du fémur, une rougeur diffuse avec tuméfaction douloureuse.

Le 23, douleurs disséminées à toute l'étendue des deux membres inférieurs et rendant tout mouvement impossible, les douleurs sont localisées, non pas aux articulations, mais à la face interne des cuisses. Tempér. 39°3.

Le 24, la lymphangite a en partie disparu, mais on constate l'existence d'un cordon dur, très douloureux, inégal, rouge, sombre, sur le trajet des veines saphènes internes.

Ces phénomènes sont plus accusés à gauche qu'à droite

En somme nous avons affaire à une phlébite des deux saphènes internes. On continue le traitement mercuriel.

Le 28, les douleurs du rhumatismes ont disparu. La phlébite ne persiste plus que du côté gauche, la fièvre est tombée.

Le 15 mars, plus de traces de phlébite.

Le 22, le malade se lève. Il ne ressent plus aucune douleur dans les jambes.

Ne sommes-nous pas en droit de mettre sur le compte de l'infection syphilitique le retour du rhumatisme et surtout l'apparition de la phlébite.

Observation 14

(Personnelle)

L..., (Marie), domestique. 29 ans, entrée le 16 novembre 1897 à l'hôpital Laënnec.

Dans les antécédents de la malade on note une rougeole à 7 ans, une bronchite légère à 17 ans. A 18 ans elle a eu un enfant mort né; un second à 20 ans qui meurt de convulsions au bout de 6 mois.

Le père des enfants était, paraît-il, bien portant et la mère n'aurait fait aucune autre maladie lorsqu'elle se présente à la consultation de l'hôpital, vers le 15 juillet, pour des douleurs de la jambe gauche survenues sans fièvre, qui

durent depuis deux mois et pour de petites tumeurs aplaties qui faisaient saillie au niveau de la crête du tibia gauche. M. le Dr Thérèse pose alors le diagnostic de gommes syphilitiques du tibia ; il prescrit de l'iodure de potassium et des frictions mercurielles. La malade suit le traitement pendant un mois ; elle se trouve très soulagée.

Vers la fin d'octobre les douleurs réapparaissent, mais cette fois au niveau de la jambe droite et du bras droit ; des tiraillements douloureux gênent la marche et même la station debout et la malade se décide à entrer à l'hôpital Laennec, le 16 novembre, salle Broca, n° 17, dans le service de M. le Pr Landouzy.

16 novembre. — A son entrée on constate du côté gauche : trois hyperostoses au niveau de la crête du tibia ; de plus sur la face interne de la jambe se trouve une perte de substance irrégulière, grande comme une pièce de deux francs, à fond irrégulier raviné, à bords adhérents coupés comme à l'emporte pièce, avec au pourtour un auréole brun foncé ; c'est donc une ulcération qui présente tous les caractères des ulcérations spécifiques.

Sur la jambe droite on note les signes non douteux d'une phlébite de la veine saphène interne. En effet le long de la face interne de la jambe, jusqu'à 4 travers de doigt au dessus du coude interne on sent un cordon dur, moniliforme par places, roulant sous le doigt ; cette induration est marquée surtout au niveau du mollet et à la partie interne du genou. Pas de rougeur à la peau, mais un léger œdème dur et brillant empâte le coup de pied et la partie postérieure de la jambe. Toute cette région est le siège de douleurs supportables, plus vives à la pression et pendant la

— nuit ; pas de douleurs dans les ganglions de l'aîne. Enfin la marche est presque impossible ; l'extension de la jambe sur la cuisse est incomplète, de même aussi la rotation en dehors et en dedans.

Au bras droit, la médiane céphalique et surtout la médiane basilique sont atteintes également et en même temps qu'un œdème douloureux à la pression on constate au niveau des veines une induration de quelques centimètres de longueur. La douleur est surtout manifeste à la partie interne du coude ; d'ailleurs les mouvements sont très difficiles ; il n'y a pas d'œdème, mais le biceps huméral est atrophié, atrophie masquée par une adipose assez considérable. Pas de réaction fébrile ; aucune cause interne, externe occasionnelle ou dyscrasique, autre qu'une syphilis ignorée de la malade ne peut être invoquée.

Traitement : KI : 3 gr. ; enveloppement ouaté.

20 Novembre. — Sous l'influence du traitement, la malade a éprouvé un grand soulagement ; les douleurs spontanées nocturnes sont beaucoup moins intenses et l'engorgement de la jambe droite se résout peu à peu.

28 Novembre. — Amélioration du côté droit de plus en plus grande, mais depuis deux jours la jambe gauche à son tour est devenue douloureuse ; en la palpant on constate à la partie interne que les veines sont oblitérées en partie ; un début de phlébite est évident et elle s'accompagne d'un œdème peu marqué.

KI : 6 grammes.

10 Décembre. — Disparition de toute douleur ; encore un peu d'œdème ; au niveau des veines atteintes l'induration persiste.

15 Décembre. — La malade sort sur sa demande presque complètement guérie ; aucune douleur, pas d'œdème ; les mouvements des membres s'exécutent facilement ; la marche ne paraît occasionner aucune fatigue, mais les veines saphènes internes, surtout celle du côté droit, présentent une induration manifeste de leurs parois.

Observation 13

(Greenhow) (1)

F... J., âgé de 33 ans, négociant, vint me consulter en 1870 ; il était atteint à cette époque de tuberculose du sommet du poumon droit et d'une syphilis toute récente. Il présentait en même temps des macules cuivrées sur le dos et la poitrine. Je lui prescrivis du sirop d'iodure de fer, de l'iodure de potassium et de l'huile de foie de morue : en un an il se rétablit presque complètement.

Vers la fin de l'année 1872, il revint me voir. Il se plaignait d'insomnie, d'anorexie et de douleurs dans le dos et les membres. Il portait une éruption à la jambe droite. Il ressentait en même temps une certaine raideur dans les mollets et les cuisses.

Le 4 janvier, le malade présenta dans les muscles des mollets plusieurs petites tumeurs douloureuses ; on notait une tumeur semblable au-dessous de l'angle de la mâchoire à droite.

(1) Greenhow. Transactions of the clinical society of London, vol. p. 143.

11 janvier. L'état s'est amélioré : les mollets sont moins douloureux ; la petite tumeur de la mâchoire est fluctuante : on l'incise.

Les veines superficielles du membre inférieur droit sont atteintes ; elles ont l'aspect de cordes dures ; le membre est gonflé et douloureux. Au bout de quelques jours, cet état s'amenda. Cependant le 3 février suivant, quoique les veines de la jambe droite fussent presque normales, celles de la cuisse du même côté étaient toujours indurées et encore douloureuses ; les veines superficielles de la jambe gauche étaient atteintes de même.

Grâce au repos et au traitement spécifique, le malade était complètement guéri le 1^{er} mars.

Observation 16

(Gosselin) (1)

Le 9 septembre 1870, est entré au n° 1 de la salle Sainte-Vierge un jeune homme de 25 ans, qui, trois mois et demi après un chancre induré, présentait sur les cuisses, le ventre, le dos et les bras, une syphilide vésiculo-papuleuse incontestable et, de plus, quelques tumeurs sous-cutanées mollasses, récentes, grosses comme des pois ou un peu plus qui nous ont paru être des gommes à l'état de crudité. Il y avait, en un mot, un mélange d'accidents secondaires et tertiaires. J'ai constaté de plus, sur les deux jambes, trois

(1) Gosselin. Clinique chirurgicale de la Charité, t. III.

indurations allongées, sous-cutanées, deux sur la jambe droite, la troisième sur la gauche. Elles correspondaient à la veine saphène interne, ou à l'une de ses branches collatérales, avaient de 3 à 5 centimètres de longueur et étaient douloureuses à la pression. Trois semaines après l'administration de la liqueur de van Swieten (une cuillerée à bouche tous les matins), et de l'iodure de potassium à la dose de 1 à 2 grammes, toutes les indurations allongées avaient disparu en même temps que les gommes sous-cutanées, bien que la syphilide persistât encore.

Observation 17

(Huber) (1)

Chez une femme morte de syphilis, Huber trouva une série de plaques circonscrites épaisses et calcifiées, le long des grosses veines des membres inférieurs. Mêmes lésions, mais moins accentuées, sur les veines des extrémités supérieures, sur la veine porte, l'artère pulmonaire et sur tout le système artériel jusqu'à ses plus fines ramifications, à l'exception de la crosse aortique, des artères coronaires et des vaisseaux encéphaliques.

(1) Huber. Archiv. für path. Anat. und Phys., LXXIX, p. 537.

Observation 18

(Handford) (1)

Phlébite chronique

C'est un malade de 30 ans qui se présente à la consultation de Handford. Il offre de l'albuminurie intermittente, avec de l'hypertrophie cardiaque, accompagnée d'hypotension artérielle, d'endarterite oblitérante et de phlébite. Celle-ci siégeait sur les deux saphènes externes et sur quelques branches de la saphène interne qui étaient devenues des cordons durs roulant sous le doigt. Le malade dit avoir eu la syphilis il y a quelques années.

Le traitement antisiphilitique mixte (mercure et iodure) produisit une grande amélioration dans l'état du malade ; la tension artérielle devint normale et la phlébite, sans disparaître complètement était devenue moins accentuée. L'inflammation des veines était donc sous la dépendance de l'infection syphilitique.

(1) London Clin. Soc. 11^e nov. n^{bre}. Bulletin médical, 23^e nov. 1892.

Observation 19

Deakin (1)

Gomme syphilitique du foie. — Phlébite de la veine porte

Amir Khan, âgé de 25 ans, cuisinier, fut admis à l'hôpital le 2 juin 1875 pour un ascite considérable et un œdème des membres inférieurs. Le malade était anémique, faible et pouvait à peine marcher. A l'examen on constata une hypertrophie du foie et de la rate. Il n'offrait pas un ictère trop prononcé, bien que ses conjonctives fussent légèrement décolorées. Il fut traité par le quinine, le digitale et l'iodure de potassium avec frictions mercurielles, bien qu'aucune trace de syphilis n'ait été découverte ; il n'ait d'ailleurs avoir eu cette maladie.

Il était à l'hôpital depuis six semaines environ quand il eut une hémorrhagie intestinale et des hémoptysies qui amenèrent la mort.

A l'autopsie, on trouve la veine porte doublée d'une membrane blanche, dense et épaisse. En outre on trouve dans le côté gauche du foie une gomme assez étendue. Les ramifications de la veine aussi bien que celles de l'artère hépatique étaient considérablement rétrécies.

(1) Deakin. — The Lancet. London, 1879, p. 552.

Observation 20

(Dowse) (1).

Gomme syphilitique de la tente du cervelet. — Phlébite consécutive des sinus cérébraux.

V..., 39 ans entre à l'asile centrale de Londres le 16 novembre 1874. Pas d'antécédents importants, sauf une syphilis qu'il a contracté étant jeune homme, dont il ne souffrit guère tout d'abord, car pendant très longtemps il a joui d'une bonne santé. Mais depuis quelque temps il fut obligé d'abandonner son travail à cause d'élançements qui siégeaient surtout au niveau du front. La vue s'affaiblissait; il y avait diplopie et les lignes droites étaient courbes et se croisaient entre elles; l'odorat était déprimé et les narines sécrétaient une matière visqueuse; la locomotion est troublée, il a des vertiges et comme des attaques de petit mal; il y a constipation opiniâtre et des vomissements après chaque repas; otalgie et otorrhée intermittentes.

Au 1^{er} examen tous ces signes étaient manifestes; de plus le malade était pâle et au niveau de la bosse frontale droite se trouve une cicatrice, vestige d'une ulcération d'où s'étaient échappées quelques particules osseuses nécrosées. La démarche était incertaine et sans un appui solide le malade serait tombé. Il mourut peu de temps après au milieu d'une attaque épileptiforme.

(1) Dowse. — Britisch médical Journal 1875.

Autopsie. — Crâne très épais, compact et lourd ; sa surface interne était libre de toute excroissance ; la dure mère était normale au niveau des lobes antérieures, mais en s'approchant du pressoir d'hérophile la présence d'excroissances étrangères devenait manifeste. Il est impossible d'enlever le cerveau en le décortiquant de la dure mère à cause des adhérences de celle-ci avec les lobes cérébelleux et occipitaux. On s'aperçoit que la tumeur avait oblitéré tous les sinus en relation avec le pressoir d'hérophile, sauf les 2 sinus occipitaux. La gomme avait envahi toute la lente du cervelet, surtout le côté gauche. Lorsque le sinus droit fut ouvert la tumeur présentait un aspect jaunâtre ; elle était ferme et séparée des parois du vaisseau par une zone de sang noir. Au microscope on vit qu'on avait affaire à un tissu connectif infiltré de cellules embryonnaires.

British medical journal 1875. Transact.. of the path. ton. of London, 1876 T. XXVII, p. 11.

Observation 21

(Langenbeck) (1)

Une femme de 53 ans entra à l'hôpital le 18 novembre 1876 ; elle présentait sur le côté droit du cou, au niveau de la partie supérieure du larynx, une tumeur douloureuse, mais ne causant ni dysphagie, ni dyspnée.

(1) Langenbeck. Arch. f. klin. Chirurgicale, 1881.

Cette tumeur, grosse comme un œuf de poule, siège au niveau du cartilage cricoïde, elle est ferme et douloureuse à la palpation. Elle est adhérente à la peau et au sterno-cléido-mastoïdien. Pas d'engorgement ganglionnaire cervical. On posa le diagnostic de carcinome et une intervention chirurgicale fut décidée.

Une incision dans la direction du sterno-cléido-mastoïdien découvrit la tumeur, qu'on entreprit de séparer de ses très nombreuses adhérences. Elle put être détachée de la carotide primitive, mais on ne put réussir à la séparer de la veine jugulaire externe à laquelle elle adhéraït intimement. L'auteur se décida à réséquer avec la tumeur la portion de veine affectée. Le pneumogastrique était normal.

Le 23 décembre, la malade guérie put quitter l'hôpital. La tumeur extirpée était gris jaunâtre, consistante, très peu vasculaire. Les parois de la veine jugulaire sont encore visibles dans la tumeur, mais tellement friables qu'on ne peut les isoler. Un solide thrombus adhère à la paroi interne de la veine. Cette tumeur était formée de tissu de granulations.

La malade avait énergiquement déclaré qu'elle n'avait pas eu la syphilis, mais dès l'année suivante, elle présenta des ulcérations tertiaires manifestes du pharynx, des piliers et des joues.

Langenbeck croit donc pouvoir affirmer qu'il a eu affaire dans ce cas à une gomme syphilitique veineuse.

Observation 22

(Langenbeck) (1)

Une femme de 42 ans, entre à la clinique le 14 novembre 1879. Elle est pâle, mais paraît assez robuste ; aucun antécédent héréditaire. Tout antécédent de syphilis est énergiquement nié ; cependant la malade raconte avoir remarqué une éruption partielle sur sa peau, il y a quatre ans, et avoir, à la même époque, perdu ses cheveux très abondamment.

En Juin 1879, la malade remarque dans sa cuisse droite la présence d'une tumeur indolente du volume d'un haricot. En septembre de la même année, la région où s'est développée la tumeur devint douloureuse, tout mouvement devint impossible.

L'examen de la malade donne les résultats suivants :

On constate, au niveau de l'aîne gauche, au-dessous du ligament de Poupart, une tumeur grosse comme le poing, dure, de surface inégale. Ce néoplasme ne peut être détaché des parties profondes : il paraît en rapport intime avec les vaisseaux fémoraux et le nerf crural. La peau sus-jacente est de coloration normale, elle adhère à la tumeur en certains points. La région est fort douloureuse. Notre diagnostic hésita entre un carcinome et un sarcomé.

La malade fut opérée le 24 septembre. La peau fut incisée à partir du ligament de Poupart jusqu'aux limites infé-

(1) Langenbeck. — Arch. für klin. Chirurgie 1881.

rieures de la tumeur. Cette dernière est intimement adhérente à la peau, à l'aponévrose et aux muscles. Dans le but d'épargner les gros vaisseaux de la région nous décidâmes de les isoler assez haut : cette dissection nous démontra que le néoplasme adhérait intimement aux vaisseaux ; dans l'impossibilité d'enlever la veine et l'artère fémorale chez une femme déjà affaiblie, nous laissâmes en place toute la partie de la tumeur qui entourait ces vaisseaux.

La partie du néoplasme enlevée de la grosseur d'un œuf d'oie, présente à sa surface de section un tissu jaunâtre, trouble, et un stroma élastique. De la surface de la tumeur, s'échappent dans toutes les directions des brides fibreuses qui l'unissent intimement aux tissus voisins. Au milieu de la trame fibreuse assez lâche du néoplasme, on peut voir des nodules jaunes compacts. L'examen microscopique, pratiqué par le Dr Gluck, montre que ces points colorés sont composés de tissus granuleux en dégénérescence graisseuse; foyers contenus dans un stroma de tissu conjonctif graisseux.

Après l'opération, la malade eut de la fièvre et des frissons ; les forces diminuèrent graduellement. Mort le 17 décembre. A l'autopsie on nota de la pleurésie purulente, des infarctus pulmonaires et de la dégénérescence amyloïde des reins. La plaie est imbibée d'un liquide clair et légèrement fétide. La veine fémorale contient un trombus adhérent decoloré ; la tunique veineuse interne est friable et dégénérée ; cette altération se poursuit jusque dans la veine iliaque externe.

CONCLUSIONS

1° La syphilis peut se localiser sur les veines et créer deux formes différentes de phlébite.

2° Une forme aiguë ou plutôt subaiguë, qui correspond à la période secondaire de l'infection syphilitique.

3° Cette phlébite est bien de nature syphilitique et ne saurait être rapportée à une infection secondaire, comme le prouve l'efficacité du traitement.

4° La deuxième forme est chronique, localisée (gomme veineuse) ou généralisée (phlébo-sclérose); elle répond à la période tertiaire.

5° Les phlébites secondaire et tertiaire occupent de préférence les veines des membres inférieurs.

6° La marche de l'affection est simple.

7° Le diagnostic sera fait surtout avec la lymphangite et les autres variétés de phlébite.

8° Le pronostic est habituellement favorable.

9° La durée moyenne est de deux mois.

10° Le traitement sera le traitement mixte.

Vu :

Le Président de la Thèse,
FOURNIER.

Vu

Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
GRÉARD.



INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Hodgson. — Traité des maladies des artères et des vaisseaux.

Borel. — Thèse de Strasbourg, 1859.

Cornil. — Archives de Physiologie normale et path., 1872.

Dowse. — Path. soc. of Loudon, 1876.

Julien. — Traité des maladies vénériennes.

Mauriac. — Syphilis tertiaire, p. 833.

Lancereaux. — Anat. pathologique, t. II, p. 975.

Heiberg. — Norsk Magaz. f. Lægerid, 1877.

Chauvel. — Soc. de Chirurgie, t. IV, p. 352, 1878.

Cornil. — Leçons sur la syphilis, 1879.

Huber. — Arch. für path. Anat. und Phys., 1880.

Gosselin. — Cliniques chirurgicales, 1879.

Maydien. — Th. de Paris, 1880.

Leduc. — The Lancet, 1880.

Troisier. — Thèse d'agrégation, 1880.

Annales de Dermatologie, 1881.

Viccaji. — Th. de Paris, 1880.

Langenbeck. — Arch. für Klin. Chirurgie, 1881.

Pujols. — Th. de Paris, 1882.

- Gayraud.* — Gaz. hebdomadaire, Montpellier, 1882.
Schmitt. — Thèse de Paris, 1884.
De Brun. — Thèse de Paris, 1884.
Jaccoud. — Dictionnaire encyclopédique, 1885.
Cornil et Babès. — Des Bactéries, 1886.
Broca. — Thèse de Paris, 1886.
Dechambre. — Dictionnaire encyclopédique, 1887.
Léonardi. — Thèse de Paris, 1888.
Bitot. — Société anatomique de Bordeaux 1889.
Huchard. — Maladies du cœur et des vaisseaux.
Thiébaud. — Thèse de Nancy, 1890.
Vidal. — Thèse de Paris, 1889.
Vaquez. — Thèse de Paris, 1890.
Tripier. — Thèse de Paris 1890.
Cautru. — France médicale, 1892.
Lamy. — Archives de médecine expérimentale, 1893.
Sottas. — Société de Biologie, 1893.
Gilbert et Lion. — Société de Biologie, 1893.
Le Branchu. — Thèse de Paris, 1893.
Beurnier. — Les varices, 1894.
Potain. — Cliniques de la Charité, 1895.
Georgewitsch. — Thèse de Paris, 1895.
Aumont. — Thèse de Paris, 1896.
Letulle. — Anatomie pathologique.
Traité de chirurgie. T. II. p. 208.
Traité de médecine. T. III.

